

醫療資訊披露授權書

拷貝服務提供者： **HealthPort Technologies • 120 Bluegrass Valley Pkwy, Alpharetta, GA 30005 • 電話： 800-367-1500**

(以正楷字體書寫病患全名)

出生日期 (月/日/年)

(街道地址)

社會安全號碼

(城市, 州, 郵編)

電話 (住宅)

應個人要求, 本人 _____, 特此授權 **The George Washington University Hospital** 披露:
(病患的全名)

____ 出院病歷摘要

____ 病理報告

____ 緊急情況報告

____ 病歷與體檢資料

____ 實驗室報告

____ 其他 _____

____ 病程記錄

____ 放射學報告

____ 手術記錄

____ 心電圖 (ECG)/腦波 (EEG)/心導管檢查

____ 本人特此 _____ 本人特此未 _____ 授權披露有關後天免疫缺乏癥候群 (AIDS) 或人類免疫缺乏病毒 (HIV) 感染、精神病照護和
/或心理評估、酒精和/或藥物濫用治療的資訊。

資訊披露予:

姓名或名稱 (病患、醫師、醫院或其他接收方)

街道地址

城市, 州, 郵編

____ 勾選此處用於提供電子資訊 (要求填寫有效的電子郵箱)

(請清晰書寫)

披露目的:

____ 推介紹給專家

____ 保險

____ 工人賠償

____ 法定調查

____ 殘障確認

____ 個人

其他 (請說明) _____

本人在此授權披露有關上述病患的健康資訊。此授權自簽名之日起有效期為 12 個月。本人瞭解本人可透過書面通知取消此請求, 但不影響取消通知生效前披露的任何資訊。本人亦瞭解所使用或披露的資訊可能被收到此資訊的人員或群體或機構再次披露, 若出現此種情況將不再受到聯邦法規的保護。本人亦瞭解獲得此授權或得到此資訊的醫療提供商不得依據本人是否簽署此授權書而決定是否為本人提供治療。

病患個人或監護人或病患財產的個人代表簽名

日期

備註: **HealthPort Technologies** 根據合約提供此服務, 將向您直接開具發票, 發票涵蓋以每頁 \$00.76 費率收取的費用另加郵寄費與手續費。

THE GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY HOSPITAL

UHS

Universal Health

健康資訊管理部

900 23rd St., NW Washington, DC 20037 • 202-715-5324 • 傳真 202-715-4361



RI0010

醫療資訊披露授權書

74-128(08/13)

病患標籤